

## **La chirurgia conservativa per i tumori rettali distali: miraggio o realtà?**

**E. Leo\***

La chirurgia rappresenta ancora oggi il principale mezzo terapeutico nel trattamento di moltissime neoplasie. Questo è particolarmente vero per i tumori rettali in quanto tutte le altre modalità di trattamento, se si eccettua la radioterapia (RT) in alcuni casi molto particolari, non permettono di raggiungere una radicalità locale macroscopica ed oncologica come invece è possibile ottenere attraverso un approccio chirurgico corretto e razionale. Va comunque ribadito che il termine "chirurgia corretta e razionale" non coincide assolutamente con il concetto di intervento ampio, devastante e demolitivo.

Una chirurgia oncologica adeguata e sicura dovrebbe prevedere l'asportazione di tutto il tessuto interessato dalla neoplasia, inteso sia come sede di sviluppo del tumore primitivo che dei tessuti vicini, possibili sedi di diffusione di questo. Pertanto l'estensione ed il tipo di trattamento chirurgico devono tenere conto delle modalità di sviluppo del tumore in esame così come delle sue caratteristiche biologiche e di diffusione.

In questo senso la chirurgia rettale sta subendo attualmente grandissime modifiche ed evoluzioni che sempre più evidenziano la possibilità di utilizzare terapie conservative (Sphincter Saving Procedures - SSP) rispetto ai tradizionali devastanti interventi del passato. Ma se per i 2/3 superiori del retto i problemi tecnici e di indicazione nell'utilizzo di una SSP sono ormai superati, il trattamento delle lesioni del terzo inferiore è attualmente in fase di massima evoluzione ed esistono atteggiamenti molto diversificati e contrastanti. Riteniamo che a questo punto risulti indispensabile, per scegliere una via di trattamento razionale e sicura sul piano oncologico, considerare alcuni aspetti biopatologici e di storia naturale di questo particolare tipo di tumore.

Dall'analisi generale delle osservazioni riportate dai vari autori emerge che i tumori rettali riescono ad avere una spiccata capacità infiltrativa dei tessuti pararettali intesi sia come strutture linfatiche (linfonodi o vasi linfatici), sia come reti vascolari perirettali (specie venose), sia come tronchi nervosi e sia come tessuto celluloso-adiposo degli spazi pelvici.

Tutti questi elementi, variamente integrati e sovrapposti, costituiscono quell'entità anatomo-funzionale di cui oggi si tende a valorizzare sempre più l'importanza, definita "mesoretto".

Esistono attualmente indicazioni, confermate dalla nostra esperienza, che la diffusione del tumore nelle varie strutture costituenti il mesoretto, ed in quelle linfatiche in particolare, sia una rilevanza molto più importante da un punto di vista biologico e determinante dal punto di vista prognostico di quanto non sia la diffusione del tumore per contiguità nello spessore della parete rettale in senso cranio-caudale (1-4) (Fig.1). Quest'ultimo fenomeno è verosimilmente più localizzato, controllato e tardivo di quanto si credesse, contrariamente alla diffusione laterale extraparietale del tumore che costituisce invece un fenomeno frequente e spesso precocissimo, essendo stato documentato anche in presenza di lesioni primitive localizzate negli strati più interni della parete dell'organo.

Oggi in effetti l'importanza del mantenimento di un ampio spazio libero di parete sana (Distal Clearance Margin - DCM) al di sotto del limite distale della malattia è argomento di discussione e di critica.

\* Direttore U.O. Chirurgia Colo-rettale  
Istituto Nazionale Tumori di Milano  
© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Estensione della linfadenectomia.

All'inizio del secolo la dimostrazione istologica in uno sporadico numero di casi della possibilità di diffusione distale intramurale di un carcinoma del retto per alcuni centimetri ingenerò la convinzione che solo un piano di sezione caudale di almeno 5 cm dal polo inferiore del tumore potesse garantire un intervento realmente radicale. Numerose esperienze successive hanno ampiamente superato questa "regola dei 5 cm". Tutti gli studi sono concordi nell'ammettere che un margine di sezione chirurgico a 2 cm dal polo inferiore visibile del tumore assicuri una radicalità oncologica nel 97% dei casi trattati (5-7). In realtà la diffusione della malattia oltre un centimetro dal margine visibile del tumore è documentabile in un'assoluta minoranza dei casi. Inoltre molti autori hanno dimostrato che una diffusione distale al di là di 1 cm è associata ad una prognosi molto sfavorevole che non viene modificata da interventi demolitivi come la Resezione Addomino-Perineale (RAP).

È quindi la diffusione laterale il vero punto cruciale nell'impostare un corretto trattamento oncologico in questa malattia. La frequente origine extraparietale delle recidive e la precocità dell'insorgenza (70-80% nei primi 2 anni) dimostrano infatti come, il più delle volte, si debba parlare più propriamente di persistenza di malattia dovuta ad un residuo neoplastico da ricercare non tanto nel lume o nella parete intestinale quanto in quei linfonodi ed in quelle strutture cellulolinfatiche sfuggiti all'exeresi chirurgica (8-12).

Questa considerazione ha portato a ridurre, per tutte le neoplasie del retto extraperitoneale, l'estensione del margine di sezione distale allargando invece l'exeresi al tessuto cellulo-fibro-adiposo perirettale permeato da strutture vascolari e linfatiche, in poche parole al mesoretto, e a tutti quei linfonodi, pelvici ed addominali, tributari del drenaggio del viscere. La nostra personale esperienza ci porta oggi a concludere che un DCM anche inferiore ad 1 cm possa essere considerato oncologicamente accettabile se istologicamente il margine distale di resezione chirurgica risulta libero da malattia e se l'escissione completa del mesoretto viene eseguita in modo corretto come sostenuto da altri autori (13, 14).

Queste osservazioni ci permettono, e di questo noi siamo fermamente convinti, di accettare una opzione chirurgica conservativa anche per tumori rettali molto distali. Questa convinzione si basa su alcuni elementi essenziali e pratici che si richiamano in parte a quanto detto sopra ma anche alla nostra esperienza personale così come a quella dei centri specialistici che hanno lavorato e lavorano con noi il tutto il mondo su questo difficile problema.



**Fig.2 - Pezzo operatorio al termine della dissezione in cui è possibile evidenziare l'integrità della fascia mesoretale ed il peduncolo mesenterico.**

Questi aspetti possono essere così brevemente riassunti:

- 1) I tumori rettali sono neoplasie con caratteristiche di diffusione ed infiltrazione locale molto specifiche, marcate e precoci e crediamo di non sbagliare se definiamo questi tumori come delle “malattie pelviche” fin dalle fasi precoci di sviluppo. È a questa diffusione così particolare ed al rischio a questa collegato di non asportare radicalmente tutti i focolai neoplastici presenti anche con interventi molto ampi e tecnicamente ben condotti, che si devono principalmente le recidive locali così frequentemente riportate in letteratura. La rimozione totale del mesoretto e delle strutture in esso contenute costituisce quindi, come già detto, il punto focale per ridurre al minimo l'incidenza di recidive tipiche di questo tipo di chirurgia (Fig. 2). Si comprende quindi che è l'utilizzo di una tecnica chirurgica corretta dal punto di vista oncologico, e non il ricorso ad interventi mutilanti, il vero punto cruciale del trattamento di questa malattia.
- 3) Particolarmente gli aspetti relativi al DCM sono oggi in rapidissima evoluzione ed è sempre più evidente che il vero problema del trattamento di questi tumori non è l'estensione distale della resezione chirurgica ma quello della escissione laterale e posteriore dei tessuti infiltrati. Queste considerazioni, ormai accettate dalle principali scuole chirurgiche interessate al problema, ridisegnano l'approccio terapeutico a questa malattia supportando l'utilizzo di tecniche conservative degli sfinteri nella maggioranza dei casi e limitando l'uso di interventi più demolitivi ad un numero sempre più piccolo di pazienti. Il concetto che la RAP costituisca ancor oggi il trattamento elettivo in questi casi è pertanto a nostro avviso obsoleto ed inaccettabile.
- 4) I dati clinico-patologici hanno dimostrato che le SSP offrono le stesse garanzie di radicalità oncologica e di risultati a distanza rispetto ai trattamenti più demolitivi. Non esiste infatti nessuna indicazione che il comportamento biologico di queste neoplasie differisca da quello dei tumori più prossimali. Pertanto, se tecnicamente è possibile effettuare una demolizione rettale totale macroscopicamente radicale, il ricorso ad una chirurgia molto demolitiva con asportazione del canale anale e del piano perineale non trova nessuna giustificazione oncologica. Il problema, semmai, è di tipo prevalentemente tecnico, in quanto la ricostruzione della continuità intestinale, dopo una vera resezione totale del retto, è un problema di non semplice soluzione. Molte delle tecniche finora proposte (accessi transfinterici, pull-trough, ecc.) hanno dato risultati non convincenti. Con l'introduzione della tecnica dell'anastomosi colo-endoanale il pro-

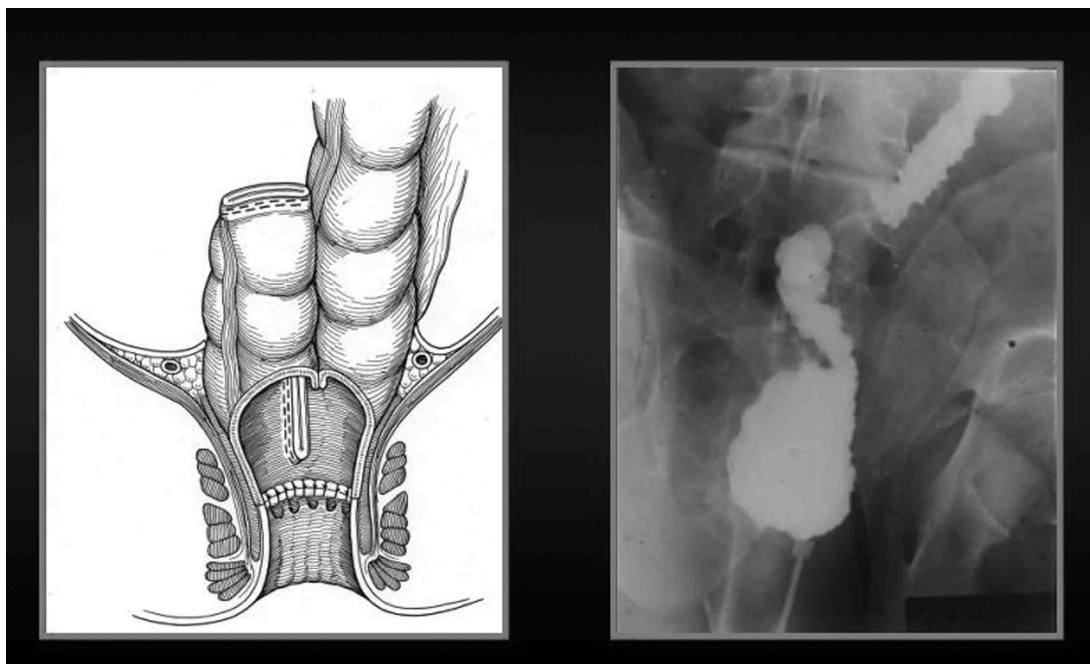


Fig.3 - Schema dell'anastomosi colo-endoanale e risultato radiologico a distanza.

blema è stato risolto in maniera soddisfacente (15-19) (Fig. 3). La costante associazione alla resezione della colostomia temporanea riduce i rischi collegati a complicanze chirurgiche post-operatorie, abbassando la degenza ospedaliera ed i costi sociali a questa collegati.

- 5) I vantaggi legati ai vari schemi di trattamento complementare preoperatorio sono oggi oggetto di discussione. L'efficacia della RT sulla riduzione delle dimensioni del tumore ma l'effetto più contenuto sull'evoluzione delle metastasi linfonodali o periviscerali rendono comunque imprescindibile l'esecuzione di un intervento allargato al mesoretto che deve essere assolutamente indipendente dall'uso della radio- o chemio-radioterapia preoperatorie. Ribadiamo qui fortemente il concetto che l'uso dei trattamenti combinati rimane di completamento alla chirurgia e non può in nessun caso rappresentare la "copertura" ad un intervento mal condotto sul piano oncologico. L'esecuzione di un intervento adeguato rimane il punto centrale del trattamento di questi tumori e la scelta dell'approccio chirurgico deve essere totalmente indipendente dall'uso dei trattamenti complementari pre- o postoperatori. Ricordiamo ancora quanto appropriato, e da noi condiviso, sia a questo proposito il pensiero di Enker: "The best adjuvant therapy in rectal cancer is surgery".

In conclusione vorremmo cercare di evidenziare il concetto che la chirurgia rettale sta sempre più assumendo le caratteristiche di una chirurgia specialistica che non può più essere effettuata in modo "tradizionale" od "occasionale" nell'ambito di reparti di chirurgia generale. A tal proposito sia scuole scandinave che americane (20) sottolineano l'importanza della formazione di chirurghi specificatamente coloretali sulla base di esperienze e training tutoriali condotti in ambienti dedicati a queste problematiche per acquisire le necessarie conoscenze tecniche, biopatologiche e di storia naturale che purtroppo ancor oggi molti chirurghi generali ignorano ampiamente.

Solo in questo modo il miraggio di ieri può diventare la realtà di oggi a disposizione di coloro che hanno la volontà ed il coraggio di guardare avanti.

## Bibliografia

1. Haas-Kock DFM, Baeten CGM, Jager JJ, Langendijk JA, Schouten LJ, Volovics A, Arends JW: Prognostic significance of radial margin of clearance in rectal cancer. *Br J Surg* 1996; 83: 781-785.
2. Irene OL, Path MRC, Luk SC, Yuen ST, Lau PWK, Pritchett CJ, Matthew N, Poon GP, Ho J: Surgical lateral clea-

- rance in resected rectal carcinomas. A multivariate analysis of clinicopathologic features. *Cancer* 1993; 71: 1972-1976.
3. Arbmán G, Nilsson E, Hallbook O, R Sjödal: Local recurrence following total mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 1996; 83: 375-379.
  4. Enker WE, Thaler HT, Cranor ML, Polyak T: Total mesorectal excision in the operative treatment of rectal cancer. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 335-346.
  5. Vernava AM, Moran M, Rothenberger DA, Wong WD: A prospective evaluation of distal margins in carcinoma of the rectum. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175: 333-336.
  6. Shirouzu K, Isomoto H, Kakegawa T: Distal spread of rectal cancer and optimal distal margin of resection for sphincter-preserving surgery. *Cancer* 1995; 76: 388-392.
  7. Phillips RKS: Adequate distal margin of resection for adenocarcinoma of the rectum. *World J Surg* 1992; 16: 463-466.
  8. Hida JI, Yasutomi M, Maruyama T, Fujimoto K, Uchida T, Okuno K: Lymph node metastases detected in the mesorectum distal to carcinoma of the rectum by the clearing method: justification of total mesorectal excision. *J Am Coll Surg* 1997; 184: 584-588.
  9. Scott N, Jackson P, Al-Jaberi T, Dixon MF, Quirke P, Finan PJ: Total mesorectal excision and local recurrence: a study of tumour spread in the mesorectum distal to rectal cancer. *Br J Surg* 1995; 82: 1031-1033.
  10. Heald RJ, Ryall RDH: Recurrence and survival after total mesorectal excision in rectal cancer. *Lancet* 1986; 1: 1479-1482.
  11. MacFarlane J, Ryall R, Heald R: Mesorectal excision for rectal cancer. *Lancet* 1993; 341: 457-460.
  12. Enker WE: Designing the optimal surgery for rectal carcinoma. *Cancer* 1996; 78: 1848-1850.
  13. Leo E, Belli F, Andreola S, Gallino G, Bonfanti G, Ferro F, Zingaro E, et al: Total rectal resection and complete mesorectum excision followed by coloendoanal anastomosis as the optimal treatment for low rectal cancer. The experience of the National Cancer Institute of Milano. *Ann Surg Oncol* 2000; 7(2): 125-132.
  14. Di Matteo G, Maturo A, Redler A, D'Andrea V, Di Matteo FM, Montori J, Peparini N, Zeri KP, Mascagni D: Local recurrences and primary surgery in rectal carcinoma. *Panminerva Med* 2000; 42(3):201-205.
  15. Parks AG, Percy JP: Resection and sutured colo-anal anastomosis for rectal carcinoma. *Br J Surg* 1982; 69: 301-304.
  16. Lazorthes F, Fages P, Chiotasso P, Bugart R: Synchronous abdominotransphincteric resection of low rectal cancer: a new technique for direct colo-anal anastomosis. *Br J Surg* 1986; 73: 573-575.
  17. Parc R, Tiret E, Frileux P, Moszkowski E, Loygue J: Resection and colo-anal anastomosis with colonic reservoir for rectal carcinoma. *Br J Surg* 1986; 73: 139-141.
  18. Huguet C, Harb J, Bona S: Coloanal anastomosis after resection of low rectal cancer in the elderly. *World J Surg* 1990; 14: 619-623.
  19. Leo E, Belli F, Andreola S, Baldini MT, Gallino G, Giovanazzi R, Mascheroni L, Patuzzo R, Vitellaro M, Lavarino C, Bufalino R: Total rectal resection, mesorectum excision and coloendoanal anastomosis: a therapeutic option for the treatment of low rectal cancer. *Ann Surg Oncol* 1996; 3: 336-343.
  20. Goligher J: Colorectal surgery as a specialty. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 733-735.
-